

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 60

APPENDICITE ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 décembre 1922

PAR

Léonard-Auguste CHAPUT

MÉDECIN DE 2^e CLASSE AUXILIAIRE DE LA MARINE

Né à TONNAY-CHARENTE (Charente-Inférieure), le 31 août 1897.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		PRINCETEAU, professeur....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 60

APPENDICITE ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 décembre 1922



PAR

Léonard-Auguste CHAPUT

MÉDECIN DE 2^e CLASSE AUXILIAIRE DE LA MARINE

Né à TONNAY-CHARENTE (Charente-Inférieure), le 31 août 1897.

Examineurs de la Thèse

MM. BÉGOIN, professeur.....	<i>Président.</i>
PRINCETEAU, professeur....	
FAUGÈRE, agrégé.....	<i>Juges.</i>
PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires...	POUSSON.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES, (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N. N.	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	id.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Pharmacie.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Périculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie.....	RANGIER.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pa-bologie int. rue.....	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ, DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE ET COLONIALE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

*Médecin général de 1^{re} classe de la Marine,
Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous tenons à remercier particulièrement M. le D^r Favreau qui nous inspira le sujet de notre thèse et nous en fournit l'observation *princeps*.

Nous devons aussi remercier MM. les professeurs Péry et Princeteau, les docteurs Lacouture et Marc Rivière qui ont bien voulu nous communiquer les observations inédites que nous citons.

M. le professeur Bégouin nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse pour laquelle il nous a permis de publier une de ses observations personnelles. Nous sommes heureux de la bienveillance qu'il a daigné nous témoigner et des conseils qu'il nous a donnés; nous l'assurons de nos sentiments de profonde reconnaissance.

Nous ne voulons pas laisser la Faculté de Médecine de Bordeaux sans présenter aussi nos remerciements sincères aux professeurs qui nous ont guidé dans nos études médicales, nos maîtres de la Faculté, des Hôpitaux et de l'École de santé navale et coloniale.

APPENDICITE ET GROSSESSE

INTRODUCTION

Le 8 février 1921, M. le Dr Favreau, avec les docteurs Péry et Rocher, présenta, devant la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, une observation d'appendicite gangréneuse pelvienne survenue au cours d'une grossesse et guérie par colpotomie.

C'est cette observation qui fait le point de départ de notre travail. A l'occasion de ce cas, des difficultés de diagnostic qu'il présenta, des particularités de son évolution, nous pensâmes qu'il était intéressant de rechercher les rapports qui peuvent lier l'affection appendiculaire et l'état gravidique.

Dans cette étude, après un aperçu historique, nous traiterons l'étiologie et la pathogénie de l'appendicite pendant la gestation.

Nous aborderons ensuite la symptomatologie de l'appendicite gravidique et le diagnostic différentiel qu'il faut établir entre elle et les autres affections abdominales survenant chez la femme enceinte.

Puis, nous nous occuperons du pronostic que l'on peut tirer de l'apparition, au cours d'une grossesse, des manifestations appendiculaires.

La question du traitement sera finalement étudiée, sans que nous nous occupions d'ailleurs, en ce qui concerne l'intervention chirurgicale, de la technique elle-même.

Notre travail sera limité à l'appendicite qui survient pendant les mois de la gravidité, laissant de côté les cas qui se manifestent durant les suites de couches à la faveur d'un accouchement septique (1).

(1) Nous avons déjà employé et dans le courant de notre thèse nous utiliserons quelquefois les mots : appendicite gravidique. Il faut les entendre dans le sens appendicite survenant pendant la grossesse, sans que rien indique si la grossesse a déterminé spécialement l'appendicite.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Findley, dans un article de l'*American Journal obstetric* (1909, p. 993), donne les indications historiques suivantes ayant trait à notre étude : « Nous notons avec intérêt que Edebohls, dans sa *Revue d'histoire et de littérature de l'appendicite*, rapporte un cas noté par Mestivier, en 1759, dans lequel une femme dans les huit derniers mois de la gestation souffrit d'une attaque appendiculaire. Cependant cette observation n'est pas vérifiée. » Le même auteur ajoute : « La première observation d'appendicite compliquant la grossesse a paru dans *The Lancet*, 1848. Le cas est rapporté par Hancock devant la *Clinical Society* de Londres. Hancock draina un abcès appendiculaire au cinquième mois de la grossesse, sept jours après une fausse couche. La guérison suivit. » Nous voyons donc que les faits ne sont pas nouveaux. Mais il faut attendre en 1885 pour trouver une observation ne laissant aucun doute sur les lésions appendiculaires possibles au cours de la gestation. C'est à cette époque, en effet, que Kom présenta à la Société de gynécologie de Dresde le cas d'une femme morte de péritonite aiguë à la fin de la grossesse, femme chez laquelle l'autopsie permit de reconnaître un appendice perforé et adhérent à l'utérus.

Depuis les travaux de Fitz en 1886, à la suite desquels l'appendicite fut reconnue comme entité morbide, les observations relatant sa coexistence avec l'état de grossesse se sont multipliées.

Plusieurs cas sont rapportés, en 1890-1891, par Stimson, Hirst, Wiggin. Munde donne 3 cas de ce genre dans le *New-York medical record* (1^{er} décembre 1894, 23 mars 1895, 26 octobre 1895). Nous devons également à Abrahams une contribution à ce sujet (*Am. J. obst.*, février 1897).

Les Américains semblent d'ailleurs avoir constaté assez fréquemment l'existence de l'appendicite au cours de la grossesse, car très nombreuses sont les publications dont nous avons pu relever l'indication dans la littérature médicale des États-Unis.

En France, la première observation fut publiée par Tuffier et Legendre en 1897.

Pinard, en 1898, réunit 45 cas dans une communication à la « Société d'obstétrique de Paris ». En 1900, il apporta de nouveau quelques observations (*Annales de gynécologie*, Paris, 1900, p. 153).

Dieulafoy consacra à la question une leçon de ses cliniques (*Cliniques médicales*, 1897-1898, p. 330).

De nombreuses thèses furent inspirées par ce sujet; parmi les plus intéressantes, citons celles de : Jarca (Paris, 1898), Baptiste (Lyon, 1899), Pérès (Toulouse, 1900), qui s'attacha à étudier le traitement médical; Pénard (Paris, 1912) résume tous ces travaux. Nous devons citer encore : Koutsieff (Bordeaux, 1914), qui étudia l'appendicite gravidique, facteur des vomissements incoercibles; Glotain (Paris, 1915), qui déclare avoir trouvé 150 cas publiés; Homsy (Bordeaux, 1918), qui traita spécialement de l'appendicite chronique dans ses rapports avec la grossesse.

En mars 1914, Vautrin publia plusieurs observations relatives aux erreurs possibles dans le diagnostic de l'appendicite gravidique (Les fausses appendicites de la grossesse, *Ann. gyn. obst. et Revue des sciences médicales de l'Est*).

Heineck, auteur américain de nombreux articles, a publié, en 1917, l'étude analytique de 137 cas d'appendicite au cours de la grossesse (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*).

En 1920, Guéniot rapporte 1 cas d'appendicectomie à chaud dans les derniers mois de la gestation (*Soc. obst. et gyn. Paris*).

En Allemagne nous pouvons citer, avec Korn, Boije qui réunit 76 cas (In *Mittal aus des Klinik von Engstrom in Helsingfors*, 1903, Bd V, II. 1). Stœhler publie 28 observations nouvelles (*Zentralblatt. für gyn.*, 1909, n° 50). Fueth étudia la disposition anatomique de l'appendice pendant la grossesse (*Arch. für gyn.*, 1905). En 1906, Fellner expose la question au point de vue du traitement opératoire ou non (*Therap d. gegenw.*, Berlin, 1906, XLVII 542).

Enfin, en Italie, nous avons relevé dans ces dernières années les noms de Cristalli (*Prat. d. medico*, Naples, 1901) et Caturané (*Arch. ital. di ginec.*, Naples, 1913), qui se sont occupés du même sujet.

CHAPITRE II

Etiologie. Pathogénie.

Renwall a dit : « La rareté relative de l'inflammation appendiculaire durant la gestation provient simplement du fait que pour une même femme, ce temps de gestation (qu'il faille compter avec une ou plusieurs grossesses) est court en comparaison de tout le temps pendant lequel cette complication peut se produire. » C'est ce qui semble, en effet, ressortir de l'étude des chiffres rapportés par les auteurs qui ont écrit sur cette question.

D'après Pénard, qui, dans sa thèse (Paris, 1912), a relevé 136 cas d'appendicite gravidique, nous pouvons donner les résultats suivants :

Von Rosthorn, sur 2.700 accouchements, n'a vu que deux fois cette complication. Sonnemburg, sur 2.000 appendicites, constate trois fois cette maladie chez des femmes enceintes. Fränkel, dont l'étude porte sur 40.000 cas d'ensemble de toutes affections obstétricales et gynécologiques, trouve 4 appendicites pendant la grossesse. Le pourcentage donné par Routier est plus fort : 12 appendicectomies chez des femmes enceintes sur 1.300 appendicectomies (mais on doit tenir compte des opérations pratiquées en quelque sorte par mesure prophylactique). A la Clinique Baudeloque, en six ans (1898-1904), on compte 1 appendicite sur 11.497 entrantes. M^{lle} Glotain (Thèse Paris, 1915) déclare n'avoir relevé que 150 cas publiés d'appendicite gravidique. Homsy (Thèse Bordeaux, 1918) n'a pas retrouvé d'appendicite aiguë au cours de la grossesse dans les

observations des services de chirurgie et de la Maternité de Bordeaux pendant les trois années qui précédèrent celles de sa thèse. Il nous en a été signalé seulement 1 cas à la Clinique d'accouchement de Bordeaux, dans les années 1919-1920-1921. Nous rapportons aussi 6 observations dues à MM. les professeurs Bégouin, Pery, Princeteau, et les docteurs Favreau, Lacouture et Rivière (Marc). A la simple constatation de ces chiffres, il apparaît que la grossesse n'a que peu d'influence sur la production de l'appendicite.

Il faut cependant remarquer que les chiffres fournis ci-dessus portent, pour la plupart, sur des faits d'appendicite aiguë. Il est vraisemblable qu'ils seraient modifiés dans le sens de ceux rapportés par Routier, si au lieu d'attendre des manifestations aiguës, on avait pratiqué l'appendicectomie chez des femmes enceintes atteintes d'appendicite avant leur grossesse et ayant présenté des phénomènes douloureux ou dyspeptiques non rattachés à leur véritable cause : l'inflammation latente de l'appendice.

De nombreux auteurs reconnaissent, en effet, que la grossesse peut réveiller plus ou moins une appendicite refroidie. Telle est l'opinion de Schmid, de Fränkel, de Van Sweringen (*Am. J. obst.*, 1913, 918). Semblable est l'opinion de Myer (*Am. J. obst.*, 1906, I, 358). De même, Tédénat écrit : « J'ai opéré 9 femmes au cours des troisième ou quatrième mois de grossesse. Toutes avaient eu antérieurement des attaques très nettes » (*Bull. Soc. obst.*, Paris, 1912, 996).

L'observation de Tuffier est un exemple très frappant de l'influence de la grossesse sur l'appendicite (Obs. VII) (*Revue d'obst. péd.*, 1897, n° 112). Voyons donc quels sont les facteurs étiologiques de l'appendicite aiguë d'emblée ou primitivement chronique qui peuvent être influencés par les modifications apportées à l'organisme féminin par l'état gravidique.

Nous n'insistons pas sur les appendicites par corps étrangers, rares d'ailleurs, et sur lesquelles, de toute évidence, la grossesse n'a pas d'influence. Pour les appendicites dues à une oblitération rapide du canal appendiculaire par des formations

calculieuses le transformant ainsi en « vase clos », l'influence de la grossesse ne serait pas négligeable. Pour Dieulafoy, du moins, la femme enceinte est prédisposée à la lithiase appendiculaire comme à la lithiase biliaire (Dieulafoy, *Cliniques*, 1897-1898). Il faudrait, de plus, joindre à cette propriété lithogène de la grossesse la prédisposition à la lithiase que crée déjà le tempérament arthritique. Quelques observations peuvent être fournies à l'appui de cette idée (Obs. I, et Dieulafoy, *Cliniques*, 1896-1897, p. 316-353). Elles relatent des antécédents arthritiques et appendiculaires familiaux chez des femmes enceintes.

Cependant, cette cause, qui peut être vraie dans quelques cas, ne paraît pas être de grande importance, car cet auteur lui-même déclare que toutes les appendicites gravidiques ne tiennent pas de cette origine.

Une cause plus générale est l'infection colibacillaire que favoriserait la constipation. Le rôle de la stase intestinale ne doit pas être trop exagéré, car nombre de femmes enceintes sont constipées qui ne présentent pas d'accidents appendiculaires. De plus, la constipation est assez souvent remarquée chez la femme hors de la gestation sans que pour cela elle provoque l'appendicite. A ce propos, il serait peut-être bon de rappeler l'idée de Dieulafoy, à savoir que la constipation est parfois la conséquence et non la cause de l'appendicite; elle indiquerait, en effet, des lésions en train d'évoluer de façon insidieuse. D'ailleurs, quand la colibacillose existe, elle produit plus souvent des affections autres que l'appendicite, la pyélonéphrite par exemple.

Comme autre cause d'ordre général, on peut noter la congestion sanguine qui se produit dans les viscères abdominaux pendant la grossesse. Il est possible que cette congestion puisse réveiller une appendicite refroidie ou même une annexite dont les agents pathogènes gagneraient alors l'appendice par les lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien de Clado. Si l'on s'en rapporte, en effet, à l'opinion de Myer (*loc. cit.*), la congestion, en effet, ne localisera pas l'infection sur un appendice sain et cet auteur trouve que « Labhart va trop loin quand

il prétend expliquer la rareté de l'appendice par cette congestion qui, selon lui, soulage l'inflammation chronique ». Il est, de plus, intéressant de noter l'inconstance du ligament de Clado.

Les causes générales capables de produire l'appendicite, et dans lesquelles la grossesse joue un rôle, ne semblent donc pas, à elles seules, pouvoir expliquer, de façon suffisante, l'apparition de l'appendicite chez la femme enceinte.

Il faut donc voir quelles sont les causes locales qui favorisent l'infection au niveau de l'appendice.

Ces causes locales sont les modifications de forme et de position subies par l'appendice du fait que, dans la cavité abdominale, augmente de volume un utérus gravide. L'appendicite est souvent favorisée par une coudure, une torsion du diverticule cæcal devenu, par l'oblitération plus ou moins complète de sa lumière, un milieu propice à l'augmentation de la virulence microbienne.

La grossesse peut produire de telles oblitérations. D'après Fueth, en effet, qui pratiqua sur sept cadavres de femmes enceintes des recherches anatomiques, le cæcum est déplacé par l'utérus suivant trois directions : de bas en haut, d'arrière en avant et de dedans en dehors. L'appendice subit le même déplacement. Dans ces conditions, l'explication de la coudure, de la torsion appendiculaire, est facile à donner. En effet, qu'il existe des brides péritonéales, le plus souvent reliquats d'inflammation ancienne (péri-appendicite), et ces adhérences fixeront l'appendice au péritoine avoisinant. Il sera dans l'impossibilité de remonter avec le cæcum sans la poussée de l'utérus. Il restera alors en position rétro-cæcale ou basse, s'étranglera en un ou plusieurs points de sa lumière, le milieu favorable à l'infection sera constitué. La plupart des auteurs admettent ainsi un déplacement du cæcum jusque dans la région sous-hépatique au terme de la grossesse. Myer (*loc. cit.*) est d'une opinion contraire; pour lui, la fixation anatomique du cæcum semble exclure un grand déplacement, sauf dans les cas d'anomalies mésentériques.

Pour Homsy, ce changement de position du cæcum, sensible

à partir du quatrième mois de gestation, expliquerait la plus grande fréquence des crises aiguës et leur plus haute gravité dans la deuxième moitié de la grossesse. On ne constaterait, avant le quatrième mois, que des poussées douloureuses peu graves.

La formation des adhérences peut être due aussi à l'existence d'une inflammation annexielle droite. La présence de ces brides appendiculo-annexielles n'est pas rare; Kelly, *in* Myer (*loc. cit.*), a trouvé sur 115 laparotomies chez des femmes, 10 cas avec adhérences de l'appendice aux annexes droites.

En résumé, nous pouvons donc dire que la grossesse à elle seule ne peut pas causer l'appendicite, mais que, par contre, elle est un facteur favorable aux réactions d'un appendice antérieurement enflammé.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

On ne peut tirer aucun élément de diagnostic certain des phénomènes généraux de l'appendicite au cours de la grossesse; analogues à ceux de l'appendicite en dehors de cet état, ils ne sont pas d'une constance absolue et ressemblent à ceux de toute affection grave.

L'état général donnera des indications souvent trompeuses. On n'observe pas toujours d'emblée un facies grippé qui annonce la réaction vive du péritoine, et des appendicites graves peuvent évoluer avec un état général se maintenant bon (Obs. I, IX, X).

De même, l'élévation thermique sera inconstante non seulement à la période ultime de la maladie, mais encore quelquefois dès son début (Obs. IX, X).

Le pouls ne donne de renseignements qu'au point de vue du pronostic. Il prend une très grande valeur lorsqu'il devient petit, filant, rapide, et que la température reste relativement basse.

La constipation, dont on peut observer tous les degrés jusqu'à l'arrêt absolu des matières et des gaz, s'observe de façon générale, mais peut manquer, soit que les selles se maintiennent régulières, soit que l'on observe de la diarrhée.

Les vomissements qui accompagnent souvent la crise appendiculaire ordinaire ne peuvent pas indiquer, au cours de la grossesse, qu'il survient fatalement une appendicite; ils sont

trop fréquents et relèvent de trop de causes au cours de l'état gravidique.

Les signes locaux de l'inflammation de l'appendice sont plus importants à considérer.

Dieulafoy, à ce sujet, écrit dans ses *Cliniques* : « Que l'appendicite survienne pendant la grossesse ou après l'accouchement..., elle débute sans prodromes, en pleine santé, par une douleur localisée à la fosse iliaque droite. Cette douleur n'atteint pas d'emblée toute sa vivacité... Interrogez avec soin vos malades... et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après plusieurs heures, que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité, et encore cette intensité est-elle bien rarement excessive... Au cas d'appendicite (alors même que les douleurs s'étendraient ailleurs), le point d'élection occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. C'est là que débute la douleur..., que vous constaterez son maximum, c'est là qu'une légère pression vous permet de sentir la défense musculaire, c'est là enfin que, par le chatouillement de la peau, vous provoquez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs. » (Dieulafoy, *Cliniques*, 1897-1898, 330). De même, pour Pinard, la douleur et la défense musculaire ne sont jamais en défaut (*Ann. gyn. obst.*, Paris, 1900, 357).

Mais si beaucoup d'observations rapportent ce tableau clinique, nombreuses sont celles où la symptomatologie est plus vague ou même incomplète.

En effet, l'hyperesthésie peut manquer, ainsi que le constate Lævenhart qui ajoute : « Peut-être peut on expliquer l'absence de ce signe par les troubles apportés à la structure de la paroi abdominale par le développement de la grossesse. » (Thèse Paris, 1903-1904). D'ailleurs, son existence n'est pas toujours liée à une appendicite sous-jacente (Leven, *La Clinique*, 1911, 340).

De même, la contracture abdominale, bon signe de réaction péritonéale, n'existe pas de façon absolue (Obs. I, VIII, XI). Conjointement à la contracture de la paroi et, comme elle,

signe de l'atteinte du péritoine, de grande utilité quand on le constate, nous pouvons indiquer le mode respiratoire costal, « et ceci est vrai autant de la femme que de l'homme » (Delbet, *La Clinique*, Paris, 1912, 85).

Puisque l'hyperesthésie cutanée et la contracture de la paroi peuvent faire défaut, voyons si la douleur peut donner des renseignements plus précis et surtout plus constants. C'est de toute évidence le symptôme qui est dominant, mais encore ne faut-il pas penser le trouver toujours avec la netteté qu'indique Dieulafoy.

C'est ainsi que la localisation douloureuse au point de Mac Burney n'existe pas toujours. L'observation I en est un exemple (Voir aussi Obs. VIII). Dans une observation de Wiggin (*Medical record*, janvier 1892), après avoir débuté au point de Mac Burney sans que la pression l'augmentât, la douleur disparut pour se révéler à gauche dans la région ovarienne. Il faut se souvenir aussi que dans la plupart des cas survenant chez la femme enceinte l'appendice remonte dans la cavité abdominale.

La douleur au point de Mac Burney indiquant la réaction du péritoine dans la région appendiculaire prendra aussi une localisation plus haute, quelquefois même sous-hépatique. Elle peut même avoir une irradiation scapulaire. Les mouvements fœtaux sont capables de l'augmenter. D'emblée, on peut constater une généralisation de la douleur à tout l'abdomen. A la Société de chirurgie, M. Quenu a signalé la valeur de la douleur étendue à la ligne médiane et à sa gauche dès le début de la crise (In *Presse médicale*, 1919).

Les formes d'appendicite à marche foudroyante ont surtout une symptomatologie fruste : « La douleur peut être diffuse, à peine localisée à droite et parfois ne pas exister à ce niveau (Croste, Thèse Paris, 1906).

Mais c'est surtout dans les cas d'appendicite pelvienne (qu'on peut constater pendant la grossesse) que l'on trouve une symptomatologie particulière, surtout en ce qui concerne la douleur. A cet effet, rapportons ce que dit Chevalier (Thèse Paris, 1900) : « La douleur de l'appendicite pelvienne peut être à droite, pré-

dominer à gauche au début, être rétro-pubienne, hypogastrique même, irradier dans la jambe droite. On peut avoir de la douleur vésicale ou rectale. La palpation au point de Mac Burney est à peu près indolore. » Dans l'observation I, nous trouvons des symptômes analogues. De même Richard (Thèse Toulouse, 1910 1911) écrit : « Le point de Mac Burney est absent ou existe avec égale sensibilité à gauche. »

Quand une collection purulente se formera, on pourra ne pas en être toujours averti, car elle pourra se produire dans des régions où elle ne sera pas décelable à la palpation abdominale, cela particulièrement dans les cas d'appendicites à localisation pelvienne. D'où l'importance très grande que prend le toucher vaginal ou rectal.

Les symptômes de l'appendicite chronique sont encore plus délicats à interpréter, car ils se confondent avec les manifestations habituelles d'une grossesse par ailleurs normale. Ce sont des troubles abdominaux plus ou moins vagues. Les vomissements sont notés comme assez dominants (Homsy, Thèse Bordeaux, 1918). La douleur est sourde, mais augmente peu à peu d'intensité avec l'âge de la gestation.

La palpation provoque avec assez de difficulté une localisation douloureuse au point de Mac Burney. « Le toucher vaginal permet de déceler dans le cul-de-sac latéral droit une masse douloureuse souvent prise pour l'ovaire. Cette masse est assez haut située, car l'appendice est rarement en position pelvienne au début de la grossesse. » (Homsy, p. 20). Les antécédents : crises antérieures à la grossesse, crises pendant les grossesses précédentes, seront d'un utile secours pour le diagnostic.

Ainsi donc, en résumé, nous pouvons dire que dans les appendicites compliquant la gravidité, il ne faut pas s'attendre à trouver toujours nets et réunis les symptômes de l'appendicite. Ce qu'il faudra donc essayer de faire sera, non pas de diagnostiquer une appendicite seulement quand tous les symptômes seront présents, mais, après avoir éliminé les affections pouvant en imposer pour l'appendicite, et même si le tableau clinique n'est pas alors évident, de penser qu'« on doit toujours suspecter

l'appendicite chaque fois qu'une femme enceinte se plaint de douleur dans la fosse iliaque droite » (Cooke, *Am. J. obst.*, 1909).

La douleur est, en définitive, le symptôme capital qui donne le plus de renseignements, bien qu'elle subisse parfois des modifications dans sa forme et sa localisation.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Nous avons vu que les symptômes de l'appendicite ne sont pas toujours identiques dans tous les cas. Mais ce qui augmente encore la difficulté du diagnostic, c'est l'existence possible, au cours de la grossesse, d'affections diverses du tube digestif, du foie, des reins et des organes génitaux internes qui présentent des symptômes analogues à ceux de l'appendicite.

Étudions d'abord les affections du tube digestif dont les manifestations pathologiques aiguës prêtent à confusion avec l'appendicite.

L'indigestion est un phénomène assez fréquent pendant la grossesse. Mais pour Pinard, il faut se méfier des indigestions qui provoquent des vomissements et qui s'accompagnent de fièvre. C'est d'ailleurs avec l'appendicite chronique que souvent la confusion est plus facile. Dans certains cas d'indigestion, la violence des vomissements arrive à provoquer une douleur des muscles abdominaux, mais cette douleur n'a pas la localisation habituelle de la douleur appendiculaire.

Chez d'autres femmes, la scène clinique est dominée par le symptôme suivant : des vomissements continus, intenses, de véritables vomissements incoercibles, apparaissent. Il est utile de savoir rattacher ce symptôme à l'appendicite qui le produit quelquefois (Koutsieff, Thèse Bordeaux, 1914), car on peut intervenir efficacement sur la cause. Les douleurs des vomissements incoercibles d'origine non appendiculaire sont localisées au niveau des insertions du diaphragme, et elles n'apparaissent ni

avant ni en même temps que les vomissements, mais toujours après. On ne constate pas d'élévation de température comme, en général, dans l'appendicite. De plus, l'évolution des troubles est plus rapide dans le cas de vomissements d'origine appendiculaire, mais « c'est quelquefois un diagnostic de nuance » (Homsy, Thèse Bordeaux, 1918).

Quand la constipation, qui accompagne généralement l'appendicite, arrive à être absolue, la confusion est possible avec l'occlusion intestinale, car dans les deux cas les phénomènes généraux revêtiront la même allure (Obs. X, XIII). La hernie étranglée présente aussi de semblables symptômes, mais elle est exceptionnelle après le cinquième mois de la grossesse, car l'utérus surélève la masse intestinale et vient oblitérer les orifices herniaires (M^{lle} Glotain, Thèse Paris, 1913, 27).

La fièvre typhoïde au début sera distinguée de l'appendicite par ses prodromes : céphalées, épistaxis, l'évolution plus insidieuse. La confusion sera possible quand la typhoïde produira une perforation intestinale. Les phénomènes généraux ont cependant donné lieu à des erreurs de diagnostic (Obs. XII).

Les manifestations aiguës de l'entérocolite se diagnostiqueront de l'appendicite par la mobilité plus grande des douleurs, leur localisation plus diverse. « La contracture douloureuse du muscle droit, la vraie défense musculaire... sont le fait de l'appendicite et n'existent pas dans l'entérocolite, alors même que le cæcum participerait à la crise... La présence de membranes ou de sable dans les déjections permet de rejeter l'hypothèse d'appendicite. » (Dieulafoy, *Cliniques*, 1896-1897, p. 355). La coexistence des deux affections serait très rare d'ailleurs.

Nous n'insisterons pas sur les diverticulites dont le diagnostic ne peut guère être fait que par l'intervention chirurgicale (Obs. XIV).

Parmi les affections du foie, la colique hépatique et la cholécystite, du fait de la localisation habituelle de leurs symptômes dans une région où l'appendice se trouve refoulé par l'utérus et de leur fréquence chez la femme, doivent être envisagées dans le diagnostic de l'appendicite gravidique.

Dans la colique hépatique, la douleur débute brusquement et cesse de même. L'irradiation est scapulaire, mais ce symptôme, isolé, ne doit pas faire écarter *a priori* l'appendicite, car cette affection peut donner une localisation analogue, et de plus, dans la colique hépatique, les troubles abdominaux sont en général peu marqués et l'apirexie est habituelle. Dans la suite, le subictère des conjonctives et la décoloration plus ou moins complète des matières confirmeront le diagnostic.

Plus difficile est le diagnostic de la cholécystite. Les phénomènes généraux qu'elle provoque ont une grande ressemblance avec ceux de l'appendicite. Une tuméfaction formée par la vésicule biliaire distendue peut être prise pour un abcès péri-appendiculaire, tandis que l'erreur inverse peut être commise, cela d'autant plus que les points douloureux particuliers à chacune de ces affections sont, en général, rapprochés pendant la grossesse (Obs. XIX).

Parmi les affections rénales, la colique néphrétique est rare pendant la gravidité. Sa douleur est d'emblée plus vive que celle de l'appendicite et son irradiation vers les cuisses, la vessie est caractéristique. Cependant, nous devons penser aux manifestations de l'appendicite pelvienne.

La température n'est pas élevée dans la colique néphrétique : « Le thermomètre muet indique un calcul urétéral » (Saint-Jacques, *Gaz. gyn.*, 1910, p. 48).

Dans la pyélonéphrite plus fréquente pendant la grossesse, la fièvre est à plus grandes oscillations que dans l'appendicite. Les urines contiennent du pus. La douleur a le caractère général des douleurs d'origine rénale, mais là aussi il faut penser à la possibilité d'une appendicite pelvienne.

Quand il s'agit d'affections des organes génitaux, la confusion est possible entre elles et l'appendicite. C'est alors qu'il est de la plus grande utilité de rechercher les antécédents. Toutefois, si on retrouve parmi les antécédents une succession d'avortements sans cause, il ne faudra pas toujours les imputer à l'annexite, car ils peuvent être causés par l'inflammation chronique de l'appendice. Telle est, du moins, l'opinion de Paddock (*Am. J. obs.*, 1913, 409).

« Dans l'appendicite, les phénomènes péritonéaux sont, dès le début, plus intenses et plus graves que dans la péritonite d'origine annexielle. L'annexite est ordinairement moins impressionnante, mais il n'y a là rien d'absolu, et la rupture d'une poche salpingienne peut provoquer une péritonite suraiguë aussi bien qu'une appendicite perforante » (Bégouin, *Manuel de pathol. chirurgicale des 9 agrégés*, t. IV, 455). D'après Doléris et Budin, l'appendicite donne une douleur abdominale, tandis que la douleur de l'annexite est pelvienne. Les affections annexielles étant le plus souvent bilatérales, il ressort qu'une localisation des symptômes à droite sera à noter en faveur de l'appendicite. Pour Nèvejean (Thèse Lille, 1895-1896), la malade aurait les cuisses fléchies dans le cas d'appendicite. Le toucher rectal et vaginal, pratiqué systématiquement, indiquera dans le cas d'annexite une tumeur plus ou moins douloureuse perceptible à travers la paroi des culs-de-sac ou du rectum. Mais là encore devra-t-on penser à la possibilité d'une appendicite pelvienne donnant une collection purulente perceptible de la même manière. En fait, le diagnostic est délicat et les erreurs sont possibles (Obs. XV).

On a pu prendre pour une appendicite les accidents causés par un kyste de l'ovaire suppuré, un fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu (Obs. XVI, XVII, XVIII, XIX).

Une rupture de grossesse tubaire pourra être diagnostiquée appendicite surtout quand la grossesse normale aura masqué l'évolution de la grossesse ectopique. Dans les deux cas, la douleur dans la fosse iliaque, la réaction péritonéale sont analogues ; il faut savoir alors que « le sang liquide n'offre aucune résistance au doigt » (Bégouin, *idem*, 488), mais que l'évidence des symptômes hémorragiques est en faveur de la rupture d'une grossesse tubaire. Quelquefois, chez une femme enceinte, des hémorragies avec caillots, accompagnées de douleurs, feront penser à une grossesse extra-utérine, surtout quand on constate la présence d'une masse sur le côté de l'utérus, alors qu'il s'agit d'appendicite ayant réagi sur les organes génitaux. Lindner (*Arch. für gyn.*, Berlin, 1907) et Vautrin (*Ann. gyn.*, mars

1914) ont publié quelques cas d'erreurs entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite.

Dans la plupart des cas, il n'y aura à envisager l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine rompue que dans les trois ou quatre premiers mois qui suivent l'interruption des règles (M^{me} Glotain, Thèse Paris, 1915, 20).

Lorsqu'une femme fait une fausse couche ou un accouchement prématuré, il semble difficile de voir dans ces accidents une manifestation de l'appendicite. Plus tard, la symptomatologie de l'appendicite pourra apparaître nettement, et alors on pourra prendre pour effet de l'avortement ce qui en aura été sa cause réelle. Il faut cependant savoir que l'appendicite peut débiter par une interruption brusque de la grossesse (Obs. XI, XXII). L'interruption de la grossesse est causée par la péritonite consécutive à la perforation appendiculaire ou, quand il existe une collection purulente, par l'action irritante du contenu de l'abcès sur l'utérus. Souvent, en effet, cet organe forme la paroi interne de l'abcès appendiculaire.

Le diagnostic différentiel entre l'appendicite et la rupture utérine ne se pose pas pendant la grossesse, car l'utérus ne peut alors se rompre que sous l'action d'un traumatisme. La confusion sera possible seulement au moment de l'accouchement, « mais il faudra attacher une grande importance à l'élévation de température qui est de règle dans l'appendicite » (Glotain).

Si maintenant nous faisons l'étude du diagnostic de l'appendicite chronique au cours de la grossesse, nous verrons que les difficultés ne sont pas moindres. Cependant, il est de toute importance de chercher à différencier l'appendicite chronique, car d'un diagnostic précocement fait dérivera un traitement précoce qui sera la meilleure prophylaxie contre les accidents appendiculaires aigus ; c'est alors que toute la pathologie abdominale doit être passée en revue.

Homsy, dans sa thèse (Bordeaux, 1918), insiste sur la confusion possible entre l'entérocolite et l'appendicite. En faveur d'une appendicite, on notera la localisation plus à droite des

symptômes douloureux ; on ne trouvera pas de membranes dans les selles. Quand les deux affections coexistent, « on trouve les symptômes d'entérocolite qui paraissent l'emporter sur les phénomènes appendiculaires » (Homsy, p. 25).

Les troubles digestifs variés : nausées, vomissements, sont fréquents dans la grossesse normale. Ils peuvent cependant être la manifestation d'une appendicite évoluant de façon silencieuse. A ce sujet, Lœvenhart écrit : « En présence d'une femme ayant eu des troubles mal définis avec douleur abdominale vague, nausées ou vomissements, qui continue, tout en conservant une santé en apparence bonne, à faire une température insignifiante et dont le pouls se maintient à 100 et au-dessus, tout est à craindre et on sera autorisé, malgré le manque de signes objectifs, à soupçonner une appendicite. » (Lœvenhart, Thèse Paris, 1903-1904, 34).

De Martel et Ed. Antoine (*Les fausses appendicites*, Masson, 1922), récemment Ed. Antoine (*Gazette des hôpitaux*, 1922, n° 92), ont traité cette importante question du diagnostic différentiel de l'appendicite chronique. Pour eux, dans ces cas, le point de Mac Burney douloureux est un signe dont l'importance est assez faible du fait de l'existence d'autres points appendiculaires douloureux décrits (Lanz, etc.) (1). De même, ils ajoutent : « Il ne faut pas admettre sans discussion l'équation : douleur dans la fosse iliaque droite, appendicite. » Ce n'est que si à plusieurs examens on constate l'existence d'une douleur élective dans la fosse iliaque droite qu'on sera en droit de penser à la possibilité d'une appendicite chronique.

Nous citons, d'après ces auteurs, quelques signes qui seraient en faveur de l'appendicite. C'est ainsi que le réflexe cutané abdominal du côté droit se trouve diminué par rapport au côté gauche. Dans certains cas, si le malade soulève la jambe droite au-dessus du lit, la douleur par compression est augmentée (Jaworsky et Lapinsky).

(1) Nous avons vu les modifications que la grossesse peut apporter à la localisation de ce point.

Le diagnostic est des plus délicats entre l'appendicite et la lithiase biliaire chroniques. Dans certains cas, il y a un véritable flirt appendiculo-hépatique analogue aux réactions appendiculo-annexielles.

On peut ne pas arriver à définir l'affection primitive, surtout quand l'appendice est en position haute (cas habituel dans la grossesse, elle-même facteur de cholestérinémie).

En faveur des affections rénales, nous pouvons noter les modifications des urines qui deviennent troubles, purulentes ou qui contiennent du sang. La douleur irradiée vers les cuisses n'est pas toujours signe d'affection rénale, nous l'avons déjà vu.

On devra toujours soupçonner les lésions salpingo-ovariennes chroniques. Mais une attentive étude des antécédents sera nécessaire, de même qu'un toucher vaginal, pour orienter le diagnostic. On pourra utiliser le signe de Berthomier : dans les cas d'annexite, la pression du point de Mac Burney est moins douloureuse dans le décubitus latéral gauche que dans le décubitus dorsal. Dans le service de M. le professeur Chavannaz, nous avons vu rechercher le signe suivant, dit épreuve des trois points, auquel notre maître attache une grande importance. On ferme les yeux de la malade et, tout en pratiquant le toucher vaginal, on lui recommande d'accuser le plus douloureux des trois points palpés successivement : point vésiculaire, point appendiculaire, point annexiel. La palpation se fait dans un ordre quelconque et on désigne par un chiffre chacun des points dans l'ordre où on les palpe.

On recommence deux ou trois fois en changeant toujours l'ordre des points. Si la malade indique la même localisation douloureuse sous des chiffres différents, on sera pencher, suivant le cas, le diagnostic en faveur de l'appendicite, ou de la cholécystite, ou de l'annexite.

Nous n'insistons pas sur les manifestations à allure plus ou moins appendiculaires dues à des brides péritonéales : cæcum en canon de fusil, membrane de Jackson, dont le développement utérin pourrait augmenter l'action constrictive. Dans ces cas, une erreur de diagnostic ne modifie pas l'idée d'une intervention possible.

Dans certains cas, la radioscopie, en montrant des troubles dans le transit intestinal, ou en décelant un appendice sain ou malade, pourra aider le diagnostic.

Des modifications sanguines, la leucocytose en particulier, indiqueraient une infection plus ou moins latente, ou même un foyer suppuré. Cependant, si l'abcès est bien enkysté, on peut ne rien constater (Sonnenburg).

En résumé, nous voyons donc que le diagnostic de l'appendicite au cours de la grossesse est souvent difficile, et que si l'on doit la soupçonner, une observation minutieuse de tous les viscères abdominaux s'impose avant de poser un diagnostic formel.

CHAPITRE V

Pronostic.

Au point de vue du pronostic, nous citerons quelques auteurs qui ont donné des résultats d'ensemble sur les cas d'appendicite gravidique qu'ils ont étudiés.

C'est ainsi que d'après Brindeau, dans les appendicites bénignes, la mortalité fœtale atteint 33 p. 100; elle est de 100 p. 100 dans les cas graves. Stæler constate l'avortement dans 62 p. 100 des cas, et Vinay, sur 52 cas de toutes sortes, donne comme fréquence de cet accident 40 p. 100.

Myer (*Am. J. obs.*, 1906, II, 350) donne les chiffres de 66 p. 100 de mort dans le traitement conservateur et 33 p. 100 dans les cas traités radicalement.

Schmid, sur 55 cas avec péritonite diffuse, donne 11 guérisons (1 seul enfant sauvé), et sur 73 cas avec abcès opérés, il trouve 11 morts, avec, d'autre part, 62 guérisons. Dans 24 cas, la grossesse continua. Pérès (Thèse Toulouse, 1900) donne pour les cas opérés 33 p. 100 de mortalité maternelle sur 54 cas; la mortalité infantile atteint 37 p. 100 sur 22 cas. Les cas non opérés présentent dans la statistique de cet auteur 16 p. 100 de mortalité maternelle sur 21 cas et la mortalité fœtale atteint 27 p. 100 sur 14 cas. Pinard rapporte la statistique suivante : dans les cas avec péritonite généralisée et non opérés, la mortalité maternelle et fœtale atteint 100 p. 100; les cas avec péritonite enkystée et non traités radicalement donnent 13 p. 100 de mortalité fœtale et maternelle. Pour les cas opérés avec péritonite enkystée, la mortalité maternelle atteint 2 p. 100; quand

la péritonite est généralisée, la mortalité est de 62 p. 100. C'est surtout dans la deuxième moitié de la grossesse que le pronostic paraît s'aggraver.

Dans les chiffres que nous rapportons, on a eu en vue l'appendicite aiguë; le pronostic de l'appendicite chronique est plus bénin si, comme le recommande Homsy (Thèse Bordeaux, 1918), on opère dans les premiers mois de la grossesse.

En résumé, bien que l'on ne doive pas attacher une valeur trop absolue aux statistiques médicales dont les cas dépendent de facteurs trop divers pour pouvoir être justement comparés, il faut reconnaître que les résultats donnés par les différents auteurs nous montrent de façon concordante le grave pronostic de l'appendicite compliquant la grossesse.

La cause de la mort est la péritonite consécutive à l'appendicite, d'autant plus grave que l'appendice est généralement déplacé en pleine cavité péritonéale, quoique la localisation pelvienne ne paraisse pas devoir être un facteur de moindre gravité.

Le pronostic de l'appendicite gravidique est encore augmenté par le fait que l'enfant meurt souvent de septicémie généralisée dans les premiers jours qui suivent sa naissance (on a pu dans 1 cas identifier le colibacille dans le cordon ombilical. Pinard, Acad. méd., 22 mars 1898). A ce propos nous rapportons un cas intéressant contenu dans l'observation I : l'enfant, né à terme d'une mère ayant subi des accidents appendiculaires pendant la gestation, présente une sensibilité digestive très grande vis-à-vis des albuminoïdes, qui persiste encore actuellement.

CHAPITRE VI

Traitement.

Actuellement, le traitement de l'appendicite gravidique ne peut plus être médical. Si Pérès, dans sa thèse (Toulouse, 1900), a pu noter quelques résultats favorables par cette méthode, il reconnaît que dans sa statistique, « la plupart des cas opérés comportaient des lésions avancées, presque irrémédiables ».

L'appendicectomie reste donc le seul traitement. Depuis longtemps, d'ailleurs, le danger de l'acte opératoire chez une femme enceinte a été reconnu insuffisant pour arrêter le chirurgien. Pinard, en effet, après avoir analysé les travaux de Valette, Eug. Petit, Cornillon, Verneuil, etc., conclut qu'une opération peut être tentée chez la femme enceinte, pourvu que l'utérus ne soit pas directement intéressé par l'action chirurgicale et qu'il n'y ait ni infection, ni hémorragie (art. *Grossesse*, *Dict. encyclop. des sciences médicales*, 1886, 4^e série, t. XI, p. 176). Ce même auteur propose même l'appendicectomie préventive : « Si, dans la période d'activité sexuelle, une jeune femme non enceinte ou une jeune fille présente des poussées d'appendicite, il est sage d'intervenir le plus tôt possible, afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une maternité future. » Monod est du même avis (Soc. obst., Paris, mai 1903).

Dans ses *Cliniques*, Dieulafoy est catégorique : « Puerpérale ou non puerpérale l'appendicite doit être opérée sans retard. » Hall déclare de même : « Les avis peuvent être différents sur la nécessité de l'intervention lors d'une première attaque chez une

femme non enceinte..., mais si la malade est enceinte et que l'on adopte la méthode conservatrice, la barrière de l'abcès se rompra si le travail survient prématurément et la malade meurt de péritonite septique. » Il conclut à la nécessité de l'intervention rapide. Paddock n'hésite pas : « Reconnaisant qu'il est difficile d'établir le diagnostic si je soupçonne l'appendicite, le traitement sera une appendicectomie immédiate. Après l'opération, la gestation continue et la mortalité fatale est pratiquement nulle. » (*Am. J. obst.*, 1913, 409). Sourdille pense que dans les cas aigus « l'intervention s'impose parce que nous ne sommes pas maîtres médicalement de l'évolution de l'appendicite, parce que surtout les manifestations cliniques sont particulièrement insidieuses ou trompeuses et que sous la vessie de glace la mieux appliquée, le sphacèle peut se produire ou s'achever, sans nous en aviser le moins du monde » (*Gaz. gyn.*, 1911, 215). Segond est d'avis « d'opérer dès qu'il y a le moindre soupçon d'appendicite » (*in* Glotain). Par les quelques opinions rapportées ici nous voyons quelles sont les idées directrices du traitement de l'appendicite gravidique.

La technique opératoire n'est pas spécialement modifiée du fait de la gravidité. En règle générale, on devra éviter tout traumatisme de l'utérus et pour parer aux contractions utérines possibles, après l'opération on administrera des opiacés. Si le pus est collecté dans le petit bassin, ce qui arrive surtout dans les formes pelviennes, on pourra en pratiquer l'évacuation par voie vaginale ou rectale. Dans les cas à évolution chronique, il est préférable d'opérer loin des époques menstruelles, car le bassin est alors plus congestionné.

L'évolution de la cicatrice se fait normalement et nous n'avons pas trouvé signalé le danger d'éventration. Dans 1 cas que nous rapportons (Obs. II), la cicatrice médiane longue de 12 centimètres résista pendant l'accouchement qui eut lieu vingt-six jours après l'opération, malgré la formation d'un abcès de la paroi dix jours avant le travail.

De tout ce qui précède, on voit quel inconvénient il y aurait

à provoquer un avortement avant l'opération ainsi que cela a été quelquefois préconisé (Mac Arthur, Haban).

Toutefois, lorsque l'appendicite se déclare au moment même du travail ou bien quand l'accouchement survient aussitôt après l'opération, on doit précipiter l'évacuation utérine. Dans le premier cas, on évite le danger de la rupture des adhérences péritonéales qui limitent l'infection; dans le second cas, on protège contre les tiraillements une cicatrice fraîche.

CHAPITRE VII

Observations.

OBSERVATION I

Due à M. le Dr FAVREAU.

Appendicite gangreneuse pelvienne et grossesse. Colpotomie. Guérison.

M^{me} B..., 22 ans, deuxième grossesse.

Antécédents héréditaires. — Diathèse arthritique, rhumatismes, coliques hépatiques.

Antécédents collatéraux. — Frère mort à 18 ans de péritonite d'origine appendiculaire.

Antécédents personnels. — Rien à signaler avant la première grossesse.

Première grossesse. — 20 ans; dans les trois premiers mois, vomissements et migraines.

L'accouchement a lieu à terme, normalement.

Pendant les suites de couches, la malade éprouve des douleurs vagues dans le côté droit, irradiant vers l'épaule droite. La cause en est inconnue.

En juillet 1919, léger embarras gastrique avec diarrhée, nécessitant trois jours d'alitement.

Deuxième grossesse. — Les dernières règles datent du 22 au 28 février 1920, un an après le premier accouchement. Quelques vomissements, un peu de migraine.

Vers le mois de juillet, la malade mange beaucoup, son appétit augmente. Légère constipation. L'état général est excellent, on note une augmentation de poids de 8 kilos.

Histoire de la maladie. — Le 4 août, au réveil, la malade éprouve de violentes douleurs dans le flanc droit. Elle doit s'aliter. Pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de phénomènes vésicaux, pas de fièvre; le pouls est normal.

A l'examen de l'abdomen, on constate que le fond utérin est à 16 centimètres du pubis (nous sommes à la fin du cinquième mois de gestation).

A la palpation, pas de défense musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée.

La douleur n'est pas localisée au point de Mac Burney; elle est diffuse, perçue dans toute la fosse iliaque droite, surtout à la partie inféro-interne, se propageant le long de l'uretère vers la vessie.

Les contractions utérines sont peu fréquentes, les mouvements de l'enfant sont constants.

La percussion est normale.

Le toucher vaginal ne révèle rien.

Le diagnostic est hésitant entre une infection intestinale : colibacillose, appendicite, et une lésion rénale : pyélonéphrite, coliques néphrétiques; nous écartons le diagnostic d'infection annexielle.

Médication : repos absolu, cataplasme chaud, urotropine, benzonaphtol. Diète : bouillon de légume léger.

Le soir, température axillaire, 37°8.

Les jours suivants, douleurs abdominales moins vives. Température, 37 degrés. Rien de spécial dans les urines (M. Labat).

Le 8, la malade souffre moins; elle a toujours une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Une légère douleur persiste au palper. Malgré notre défense, elle se lève et mange comme à l'ordinaire. Le soir, elle prend un laxatif.

Le 9, après une nuit calme, elle a une selle abondante au réveil, à la suite de laquelle elle est prise de douleurs beaucoup plus violentes dans le flanc droit, plus tenaces et plus intenses que celles du 4. « Douleurs comparables à celles de la dilatation au cours du travail. »

L'utérus est continuellement rétracté, très douloureux; le fœtus s'agite perpétuellement. La dureté ligneuse du corps, du col, fait penser à une hémorragie rétro-placentaire. Le syndrome utérin

domine la scène, les douleurs abdominales sont si violentes qu'on fait prendre XX gouttes de laudanum à la malade et on lui met de la glace sur le ventre. L'état général est mauvais, le facies grippé; à la suite d'un frisson de dix minutes, on constate une température de 39 degrés. Pas de vomissement.

Au bout d'un moment, les douleurs sont moins violentes, les contractions utérines moins fréquentes.

Le soir, la température axillaire est à 38°3. La malade est un peu plus calme. Les douleurs sont généralisées. Elle souffre tantôt du flanc droit, tantôt du gauche et, par moments, elle a une sensation de barre transversale au niveau de l'ombilic. La pression n'augmente pas la douleur. Le toucher vaginal ne révèle rien encore; les culs-de-sacs sont libres.

Le 10, température matinale, 37°6; vespérale, 38°2.

Le 11, température matinale, 37°2; vespérale, 39 degrés. Petit lavement rectal chaud; les douleurs semblent avoir diminué.

Le 12, température matinale, 39 degrés; vespérale, 38°8. Selles : quelques matières dures.

Le 13, température matinale, 36°8; vespérale, 37°7.

Le 14, température matinale, 37°2; vespérale, 38°2. Les douleurs sont plus violentes, le ventre est ballonné, l'utérus est remonté.

Au toucher, on sent nettement dans le Douglas une masse rénitente, donnant un peu la sensation de l'hématocèle rétro-utérine.

Le 15, le cul-de-sac postérieur fait toujours saillie dans le vagin. Par le toucher rectal, on retrouve la même saillie fluctuante et tendue. La douleur est toujours très violente, on ne parvient pas à la calmer par de petits lavements rectaux très chauds. Température matinale, 37°2; vespérale, 38°2.

En présence de tous ces signes, nous portons le diagnostic d'appendicite pelvienne avec collection suppurée dans le Douglas.

Le 16, colpotomie postérieure sous anesthésie générale au chloroforme. Il s'écoule une grande quantité de pus brunâtre, très fétide, mélangé de gaz; pus à colibacille (la culture n'a pas été faite).

Pose d'un gros drain dans le Douglas, tamponnement du vagin par compresses de gaze. Donc aucune manœuvre traumatisante pendant l'acte opératoire; pas de lavage de l'abcès.

Cependant le réveil est suivi d'une violente réaction générale : frisson prolongé, petitesse du pouls, facies grippé, état syncopal. Nous avons l'impression d'une forte réaction péritonéale en rapport avec l'évacuation du foyer pelvien et la fissuration des adhérences par descente de l'utérus favorisant l'ensemencement d'un département péritonéal.

La crise dure un quart d'heure environ, puis l'état général s'améliore. L'utérus est redescendu.

Dès ce moment, la température tombe, le volume des urines augmente.

Les douleurs abdominales disparaissent. Le troisième jour, selle par lavement. Le quatrième jour, le drain est enlevé. La suppuration disparaît vers le dixième jour. Les selles redeviennent normales.

Régime lactovégétarien et ferments lactiques.

La gestation suivit son cours ; la malade accoucha à terme, début de décembre, d'un enfant bien constitué de 3 kil. 500. Rien d'anormal ne fut constaté sur les membranes, le placenta, dans le liquide amniotique.

L'enfant a toujours présenté une grande susceptibilité du tube digestif, constipation et diarrhée, décoloration des matières. Actuellement âgé de 23 mois, il a toujours été alimenté au lait et aux farineux. Chaque fois qu'on a tenté de lui faire prendre de la viande ou des œufs, on a dû cesser à cause de ces troubles intestinaux. Il présente le type du jeune arthritique.

OBSERVATION II

Due à M. le professeur BÉGOUIN.

Appendicectomie chez une femme enceinte. Appendicite chronique.

Femme de 23 ans. En 1903, au cours de son travail, a ressenti une douleur en coup de lance dans la fosse iliaque droite, nécessitant le repos au lit pendant quelques jours. L'application de vésicatoires apporte du soulagement. La malade peut reprendre son travail.

Depuis, et à intervalles irréguliers, les douleurs s'installeraient

deux ou trois jours pour disparaître ensuite. A ce moment se produisent quelques vomissements biliaires. Jamais de fièvre. Bon appétit, mais amaigrissement.

Depuis 1909, les crises sont à intervalles plus rapprochés, mais ne changent pas de caractère. En 1910, la douleur s'installe de façon continue et lente dans tout le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Malgré cela, la malade ne s'alite que le 6 février 1910.

La menstruation a commencé à 10 ans, mais est irrégulière. Absence de règles à plusieurs reprises pendant deux, trois, cinq mois. Depuis sept mois la malade n'est plus réglée. Dans les intervalles, elle a des pertes blanches abondantes. Constipation, amaigrissement, perte de l'appétit depuis le mois de janvier.

Par le toucher vaginal, on trouve un col mou ; dans le fond, on a une sensation de ballonnement analogue à celui d'une tête fœtale.

Le 4 mai 1910, laparotomie de 12 centimètres entre l'ombilic et le pubis. On trouve une tumeur qui est l'utérus gravide. Les annexes sont normales des deux côtés, mais avec un véritable paquet veineux sous la trompe. L'appendice est enlevé avec quelque difficulté ; il est macroscopiquement normal.

Le 20 mai, abcès de la paroi ouvert spontanément dans la nuit du 21 au 22.

Le 30 mai : Accouchement prématuré de six mois. Enfant mort le lendemain.

La cicatrice a résisté. Le 22 juin, la malade quitte l'hôpital, guérie.

OBSERVATION III

Due à M. le professeur PÉRY.

Appendicite subaiguë au deuxième mois de la grossesse.

Appendicectomie à froid.

M^{me} B..., 22 ans, au deuxième mois de sa grossesse, fait une crise appendiculaire subaiguë : vomissements, un peu de fièvre, la réaction péritonéale est légère. On fait une application de glace pendant huit jours. Dans la suite, sensibilité persistante au niveau du point de Mac Burney. Les vomissements persistent, l'état général est un

peu touché. L'appendicectomie est pratiquée à trois mois et demi, sans incident. Les suites sont normales, aucune alerte du côté de l'utérus.

La grossesse a continué sans incident. Accouchement normal. La cicatrice a résisté. La malade reste bien guérie.

OBSERVATION IV

Due à M. le professeur PÉRY.

Appendicectomie chez femme ignorant sa grossesse.

M^{me} T..., 33 ans, VII-pare. Depuis son sixième accouchement, normal, elle présente des douleurs abdominales assez caractérisées, survenant par crises très atténuées et finissant par se localiser au point de Mac Burney. Pas de vomissement, constipation. L'état général est un peu atteint.

Le professeur Bégouin conclut à une appendicite chronique d'emblée. Règles en mars. En mai, après un retard de règles d'un mois environ, règles d'apparence normale. On opère ensuite. L'appendice, dont l'ablation est facile, présente des lésions minimales. Le lendemain, assez grosse perte qui dure abondante trois à quatre jours, puis traîne pendant une dizaine de jours.

Un mois après, alors que rien ne faisait penser à une grossesse, la malade sent par hasard une tumeur abdominale qui n'est autre chose qu'un utérus gravide de trois mois et demi. La grossesse a continué sans nouvelle hémorragie. L'accouchement spontané se fait à terme. Pas d'éventration.

Depuis l'opération, toute crise douloureuse a disparu.

OBSERVATION V

Due à M. le professeur PRINCETEAU.

Appendicite aiguë au septième mois et demi de la grossesse.

Appendicectomie. Accouchement prématuré.

M^{me} B..., au septième mois et demi de sa première grossesse est atteinte d'appendicite grave à forme suraiguë. Point de Mac Burney élevé. Le pouls est en désaccord avec la température.

L'opération est pratiquée quarante-huit heures après le début de la crise. On fait une incision de Jalaguier. On découvre un foyer purulent (pus très liquide, très fétide, mélangé de gaz). Il n'y a pas de collection enkystée, si bien que le pus baigne la partie latérale droite de l'utérus gravide qui remplit l'abdomen dans presque sa totalité.

Pendant la recherche de l'appendice, l'ovaire et la trompe droits, rouges, sans adhérences, viennent ballotter sous le doigt et gênent les mouvements opératoires.

L'appendice qu'on ne peut ligaturer est écrasé par une pince laissée à demeure.

Le lendemain, accouchement d'un enfant vivant. Cet enfant mourut au bout de vingt-quatre heures.

Suites opératoires graves : suppuration, fistule stercorale, phlébite, abcès qui s'évacue spontanément par le rectum.

Actuellement, la malade est guérie.

OBSERVATION VI

Due à MM. les Drs M. RIVIÈRE et LACOUTURE.

Appendicite chronique antérieure à la grossesse. Opération avant le cinquième mois de gestation.

Femme de 25 ans, secondipare. En 1920, première grossesse, accouchement à terme d'un enfant mort depuis la veille. Les suites furent normales.

En septembre 1921, survient une première crise abdominale douloureuse, dominant à droite et accompagnée d'une légère réaction péritonéale. Le traitement médical fait disparaître ces accidents jusqu'en février 1922.

A cette époque, nouvelle crise douloureuse nettement appendiculaire. On fait des applications de glace sur l'abdomen. On décide d'attendre quelques semaines avant d'opérer.

Sur ces entrefaites, la malade commence une grossesse (apparition des dernières règles en mars). L'opération est différée jusqu'au cin-

quième mois. Grâce à un régime sévère, les accidents ne se reproduisent plus.

L'opération a lieu le 4 septembre 1922 sans incident.

Les suites sont normales. L'utérus ne se contracte à aucun moment.

OBSERVATION VII (résumée).

TUFFIER, *Revue obst. péd.*, 1897.

Trois grossesses. Trois poussées appendiculaires. Guérison.

Femme de 34 ans. Il y a huit ans, pendant sa première grossesse, a présenté des accidents graves dans la fosse iliaque droite. Température, 38°40. Pendant huit jours, la malade délire de façon continue. La guérison survient après l'expulsion spontanée dans le cæcum d'une collection parulente fétide. La grossesse évolue normalement.

Un an après, deuxième grossesse; des accidents analogues se produisent, mais moins graves.

Dans la troisième grossesse (au quatrième mois), apparition d'une douleur dans le flanc droit avec gonflement.

On opère; extirpation d'un kyste ovarique gros comme une orange, puis d'un appendice fibreux soudé au cæcum. Suites opératoires normales.

La grossesse est menée à terme.

OBSERVATION VIII (résumée).

GLOTAÏN, Thèse Paris, 1915.

Appendicite pelvienne.

Femme de 20 ans, secondipare. Normalement réglée depuis 14 ans. En 1912, a eu une grossesse normale. Vers 18 ans, apparition de crises douloureuses abdominales avec vomissements durant plusieurs mois. La deuxième grossesse évolue sans incident.

Le 4 novembre, douleurs très vives dans tout le ventre. Cependant aucun début de travail.

Le 5 novembre 1913, à 7 h. 1/2 du matin, accouchement normal. Quatre heures et demie après l'accouchement, la température atteint 38°6, le pouls bat à 120. Aucune douleur spontanée. La palpation est douloureuse particulièrement à l'hypogastre. Le point de Mac Burney n'est pas douloureux. Il n'y a ni défense musculaire, ni hyperesthésie cutanée.

A 9 h. 1/2, aggravation, température à 39°3, pouls à 150. Le facies est grippé. On note un ballonnement léger, des vomissements porracés. On pense à septicémie puerpérale. On prescrit aniodol interne et une injection de 30 cc. de sérum de Marmorek. Vers le soir, les phénomènes s'amendent légèrement.

Le 6 novembre, vomissements incessants, pouls filiforme, la température atteint 40 degrés. La malade meurt dans la nuit.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen s'échappe un liquide purulent à odeur caractéristique de pus à colibacille. Il existe des fausses membranes dans la portion droite de la cavité abdominale. Derrière l'utérus, on trouve, profondément logé dans le petit bassin, un appendice gros, tuméfié, long de 10 centimètres, perforé à son extrémité libre. Il ne contient pas de calculs, ne présente pas de rétrécissements. L'utérus et les annexes sont normaux.

OBSERVATION IX (résumée).

SÉGOND, Soc. obs. péd., Paris, mars 1899.

Appendicite gangreneuse au cinquième mois de la grossesse.

La malade, dont la grossesse est jusque-là normale, ressent, le 14 mars, des douleurs abdominales. Le ventre, météorisé, est douloureux surtout au point de Mac Burney. Ni vomissements, ni nausées. L'après-midi est calme. La température est de 37°2, le pouls bat à 90.

Le 15, amélioration. Pas de vomissements ni de météorisme. Selle par lavement.

Le 16, le météorisme augmente. Bon facies, température de 37°8. Il y a tendance à la constipation. La nuit est calme.

Le 17, recrudescence des symptômes. Le facies se grippe. La température se maintient à 37°5. Intervention. On trouve un appendice gangrené.

Le 18, avortement sans douleur, amélioration.

Le 19, aggravation brusque, puis mort.

OBSERVATION X (résumée).

MAYGRIER, 1897, *in* JARCA.

Appendicite prise pour occlusion intestinale. Péritonite généralisée.

Femme de 33 ans, secondipare. Au deuxième mois de sa grossesse, a présenté de la diarrhée pendant quelques jours. Au sixième mois (22 août), après un repas indigeste, elle est prise de vomissements bilieux. Le 23, apparition de douleur dans la fosse iliaque droite. Administration de purgatifs, lavements. Pas de vomissements, pas de selles.

Le 24, la douleur est étendue à tout l'abdomen. La température atteint 36°6.

Le 25, des vomissements verdâtres apparaissent. Le ventre est tendu et douloureux. Le facies est bon. Dilatation complète et accouchement d'un enfant de six mois. Reprise des douleurs dans la soirée. Ni gaz, ni vomissements; le pouls est à 99. L'état général n'est pas mauvais. On perçoit une masse molle dans le cul-de-sac postérieur.

Le 26, la température est de 36°2. La malade est abattue. On pense à une occlusion intestinale. Un lavement électrique ne donne aucun résultat. On fait une laparotomie; on découvre du pus grumeleux, d'odeur infecte. Les anses intestinales sont congestionnées et adhérentes. Lavage, deux drains à demeure.

Le 27, mort. A l'autopsie, on ne trouve pas de trace d'occlusion, mais un appendice sphacélé contenant trois calculs.

OBSERVATION XI (résumée).

HARTMANN et LEGRAND, Soc. anat., Paris, 1911.

Appendicite prise pour péritonite puerpérale.

Femme de 32 ans. Le 10 septembre 1911, ressent des douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de pertes rouges.

Le 11, les pertes deviennent fétides.

Le 12, fièvre avec frissons violents.

Le 13, on pratique un curettage de l'utérus, d'après elle.

Le 14, crises de douleurs violentes dans le flanc droit et au-dessus de l'arcade crurale droite.

Le 15, les douleurs continuent. La pression ne les augmente pas. Il n'y a pas de défense musculaire; ballonnement léger, quelques vomissements. La température est de 39°2. Écoulement de pertes brunâtres, fétides. L'utérus, gros, est en rétroversion. Son col est mou, entr'ouvert.

Le 17, un curettage après dilatation au laminaire ramène quelques débris placentaires. Le ballonnement persiste. Le facies se grippe. La température est de 38 degrés à 38°8 et se maintient ainsi jusqu'au 25. Le ventre reste ballonné, la malade s'amaigrit.

Le 3 octobre, douleur sourde dans la partie postéro-externe de l'hypocondre droit. Dans la nuit du 3 au 4 octobre, vomique abondante de pus grisâtre et fétide.

Le 4, apparition d'un léger œdème dans le flanc droit. Matité de tout l'hypocondre droit remontant jusqu'à la 4^e côte en avant, jusqu'à l'omoplate en arrière. Survient une crise de suffocation avec cyanose. Mort malgré deux saignées.

A l'autopsie, on trouve un utérus un peu gros, vide; l'appendice, long, est en position rétrocaecale. Il remonte jusqu'au rein droit. Pas de perforation, mais abcès à sa pointe. Gros abcès sous-phrénique. Pleurésie purulente.

OBSERVATION XII (résumée).

TUFFIER, *Revue obs. péd.*, Paris, 1897.

Appendicite chronique prise pour typhoïde.

Femme de 34 ans, constipée. Pendant sa première grossesse, a souffert d'accidents abdominaux d'allure typhoïde. La température s'est maintenue à 38°40 pendant quinze jours. Un abcès à pus fétide s'est ouvert dans le rectum. La grossesse a continué. La malade a guéri.

Deuxième grossesse. Douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de fièvre, vomissements. Les accidents s'améliorent. L'accouchement a lieu à terme.

Au quatrième mois de la troisième grossesse, de nouveau apparition de douleurs dans le flanc droit. Pas de fièvre. L'opération est décidée; on trouve un appendice contenant un calcul stercoral. La malade guérit. La grossesse continua.

OBSERVATION XIII (résumée).

TISSIER, *Soc. obst.*, Paris, 1903.

**Pseudo-occlusion intestinale chez une femme enceinte
simulant l'appendicite.**

Femme de 17 ans 1/2, au sixième mois, est prise de douleurs abdominales à droite avec vomissements, fièvre violente, constipation. Le ventre est ballonné. Le facies est grippé. On diagnostique une appendicite. A l'opération, l'appendice est trouvé sain. On referme.

Dans la suite, apparition d'un ictère, avec hématuries, épistaxis, érythème scarlatiniforme, dyspepsie, constipation. Quatre jours après l'opération, accouchement d'un enfant de 6 mois 1/2 qui ne survit pas. Puis amélioration progressive. La guérison se fait en vingt jours.

OBSERVATION XIV (résumée).

VAUTRIN, *Ann. gyn.*, mars 1914.

Diverticulite pendant la grossesse.

Femme de 23 ans, au quatrième mois de la grossesse, présente des phénomènes péritonéaux graves. Le pouls atteint 110, la température 37°5. On constate du ballonnement, des vomissements noirâtres. Le maximum de la douleur est dans la fosse iliaque droite. La malade ne rend ni selles ni gaz. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, mais celui de droite est douloureux. Certain degré d'œdème.

Dans les antécédents, on note de la constipation.

Opération : L'appendice est sain, mais on trouve un abcès provenant d'un diverticule iléal perforé, situé à 8 centimètres de la valvule de Bauhin. On le résèque. La malade guérit. La grossesse continua.

OBSERVATION XV (résumée).

LINDNER, *Arch. für gyn.*, Berlin, 1907.

Annexite prise pour appendicite.

Femme de 32 ans, dont les dernières règles datent de trois semaines, ressent une douleur brusque abdominale. Vomissements. Pouls à peine perceptible. Pas de gaz. Les extrémités se refroidissent, le ventre est ballonné avec de la défense musculaire plus accentuée à droite. On porte le diagnostic d'appendicite quand la malade entre à l'hôpital deux jours après le début des douleurs. Opération : On trouve une perforation de la trompe droite. La malade guérit.

OBSERVATION XVI (résumée).

MAYGRIER, *Acad. méd.*, 21 février 1904.

Fibrome pris pour appendicite.

Une femme enceinte de six mois souffre, depuis le 21 janvier 1901, de douleurs revenant par crises, au-dessus de l'arcade crurale droite.

Ces douleurs sont augmentées par la pression. Il existe une tumeur peu mobile dans la région cœcale. La constipation habituelle est opiniâtre depuis huit jours. Pas de fièvre.

Le diagnostic est typhlite et appendicite.

Le 22, les douleurs augmentent, des vomissements verdâtres apparaissent.

Le 23, les vomissements sont incessants, ballonnement de l'abdomen. Tuméfaction dans la fosse iliaque droite. L'état général est inquiétant, bien que le pouls et la température demeurent normaux.

Intervention : On trouve un fibrome sans péritonéal implanté sur le bord droit de l'utérus. Son pédicule est tordu. Ablation suivie de guérison. L'accouchement se produit à 7 mois 1/2. L'enfant naît vivant.

OBSERVATION XVII (résumée).

VON EISELBERG, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1908.

Kyste pris pour appendicite.

Femme de 24 ans, enceinte, est atteinte d'une crise de pérityphlite guérie médicalement. L'accouchement est normal en janvier 1906. Dans le courant de mars 1906 survient une crise d'allure appendiculaire. On sent une grosse masse au-dessus du point de Mac Burney. On diagnostique appendicite à répétition. L'opération montre un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

OBSERVATION XVIII (résumée).

VAUTRIN, *Ann. gyn.*, mars 1914.

Kyste pris pour appendicite.

Femme de 31 ans, III-pare. Au cinquième mois de la troisième grossesse survient une crise diagnostiquée appendicite. Au cinquième jour, la température atteint 39 degrés, le pouls 110. On sent un plastron douloureux dans la fosse iliaque droite. Selles glaireuses. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

A l'opération, on trouve un kyste dermoïde. L'appendice n'est pas vu.

Guérison, accouchement à terme.

OBSERVATION XIX (résumée).

WEBER, *Deutsch. Zeitschrift, für chir.*, XCIII, p. 292.

Appendicite prise pour empyème de la vésicule biliaire ou pour un kyste ovarique.

Femme de 30 ans. Au sixième mois de sa grossesse ressent des douleurs violentes dans la moitié supérieure droite de l'abdomen. Pas de vomissements, la fièvre est modérée. La palpation indique une tumeur douloureuse de la grosseur d'une tête d'enfant sous le bord inférieur du foie. On porte le diagnostic d'empyème de la vésicule ou de kyste de l'ovaire droit. La laparotomie montre un abcès périappendiculaire enkysté. La nuit suivante, accouchement d'un enfant mort-né. Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION XX (résumée).

LINDNER, *Arch. gyn.*, Berlin, 1907.

Grossesse extra-utérine prise pour appendicite.

Une femme se présente dans un état grave. Le diagnostic d'appendicite est porté. Il existe une tumeur dans la région iléo-cæcale. La possibilité d'une grossesse est niée. L'opération découvre un abcès fétide d'où on retire un fœtus de 5 mois. Infection d'un sac fœtal.

OBSERVATION XXI (résumée).

VAUTRIN, *Ann. gyn.*, mars 1915.

Grossesse extra-utérine prise pour une appendicite.

Femme de 28 ans au deuxième mois de sa grossesse. Elle a ressenti une douleur brusque à droite accompagnée de syncope. Le pouls est petit, fréquent.

Chaput

On constate de la défense mustulaire, du météorisme, des vomissements. Les jours suivants, aggravation. On porte le diagnostic d'appendicite.

Le cul-de-sac vaginal droit est douloureux. Douleur vive au point de Mac Burney. On constate un plastron douloureux au-dessus de l'arcade crurale droite. A l'intervention, on découvre une collection hématique au-dessous du cæcum; la collection évacuée, on découvre une grosse ampullaire rompue. La grossesse utérine continue. Les suites sont excellentes.

OBSERVATION XXII (résumée).

HOWAR CRUTCHER, *N.-Y. med. Record*, septembre 1896.

Avortement dû à l'appendicite.

Une jeune fille de 17 ans est prise de vomissements avec crampes au niveau de l'estomac. Épreintes, constipation. Deux jours après, elle expulse un fœtus de 2 mois. Elle nie toute manœuvre abortive. On fait un curetage, sans amener d'amélioration. Le pouls faiblit. L'abdomen, très distendu, n'est pas douloureux. Le diagnostic porté est : métrite septique avec annexite provoquant la réaction péritonéale.

L'opération a lieu quinze jours après le début des douleurs. Énorme quantité de pus et de gaz. L'appendice est perforé, mais on n'ose l'enlever. La mort survient trois jours après.

OBSERVATION XXIII (résumée).

PINARD, *Acad. méd.*, 6 mars 1900.

Appendicite pelvienne.

Femme ayant eu 6 accouchements normaux. Les dernières règles datent du 1^{er} au 5^e novembre 1899. Le 10 novembre, douleur dans le côté droit diagnostiquée névralgie intercostale. Elle persiste malgré des cataplasmes sinapisés. Le 17, colique avec diarrhée noire et fétide qui continue malgré un traitement opiacé.

Le 18, apparition de vomissements. État fébrile. Pas de selle. Le 19, persistance des mêmes symptômes. Le 20, aggravation, mauvais état général. La paroi abdominale est douloureuse. Le pouls est à 120, la température à 38°3.

Le point de Mac Burney est douloureux. Il y a du ballonnement.

A l'opération, on découvre l'appendice dans le petit bassin; il est sain sauf en un point; écoulement purulent. Le 23, expulsion d'un embryon mort. Le 6 décembre apparaît une collection fluctuante dans le cul-de-sac postérieur. L'incision amène l'écoulement du pus. Dans la suite, amélioration continue.

OBSERVATION XXIV (résumée).

BRINDEAU et JEANNIN, Soc. obst., Paris, 22 avril 1909.

Appendicite gangreneuse à forme pelvienne chez une femme enceinte.

Femme au troisième mois de sa grossesse est prise d'une violente et brusque douleur abdominale. A l'examen, on perçoit dans un ventre plat un utérus développé de 3 mois environ. Douleur nettement localisée à droite avec défense extrême de la paroi. Le pouls est bon, la température à 37 degrés. Quelques vomissements, constipation. On porte le diagnostic d'appendicite ou de salpingite droite en raison de l'empâtement des culs-de-sac vaginaux et de l'existence antérieure de crises abdominales étiquetées salpingite.

Opération : Péritonite généralisée due à un appendice gangrené siégeant dans le Douglas. Appendicectomie suivie de drainage. La malade va bien pendant trois à quatre jours, mais le cinquième jour, la température s'élève, le pouls bat à 140. La mort survient le sixième jour.

Au moment où l'abdomen fut ouvert, il n'existait ni élévation de température, ni accélération du pouls.

CONCLUSIONS

En résumé de tout ce qui précède, nous pouvons conclure ainsi :

L'appendicite est une complication possible de la grossesse sans que cet état y prédispose spécialement.

La grossesse favorise surtout le réveil d'une appendicite latente.

Le diagnostic d'appendicite est plus difficile à poser chez la femme enceinte, tant en raison des complications nombreuses de la gestation, dont la symptomatologie peut être analogue, que des modifications de siège qui sont apportées à l'appendice lui-même. Il est bon de retenir à ce propos que, si le plus souvent l'appendice est entraîné par le développement de l'utérus vers la région sous-hépatique, sa localisation pelvienne est encore possible.

Le pronostic de l'appendicite gravidique que nous avons vu être sombre lorsqu'on n'intervient pas, devient, quand on opère, beaucoup moins grave aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Il sera donc nécessaire d'intervenir et le traitement se résu-
mera en ces trois points :

1° Intervention prophylactique chez toute femme qui, pendant sa période d'activité génitale, présente des symptômes d'appendicite ;

2° L'acte opératoire n'ayant aucune influence fâcheuse sur l'évolution de la grossesse, intervention immédiate chez toute femme enceinte qui souffre d'accidents appendiculaires aigus;

3° Intervention, autant que possible, dans les premiers mois de la grossesse pour les formes d'appendicite chronique.

Vu : *Lé Doyen,*
D^r C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
D^r P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 12 décembre 1922.
Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages français.

- ANTOINE (E.). — *Gazette des hôpitaux*, 1922, n° 92.
- BAPTESTE. — De l'appendicite dans la puerpéralité. Thèse Lyon, 1899-1900.
- BÉGOUIN. — Manuel de pathologie chirurgicale. Masson, t. IV, p. 453.
- BONNEAU et AUDEBERT. — *Archives médicales de Toulouse*, 1900, p. 490.
- BOUILLER. — L'appendicite pendant la grossesse. Thèse Lyon, 1897-1898.
- BOYET. — *Journal de pharmacie et de chimie*, 7^e série, t. IX, p. 281.
- BRINDEAU. — *Journal des praticiens*, 1910, p. 326.
- BRINDEAU et JEANNIN. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*. Paris, 1909, XII, 169.
- CHEVALIER. — De l'appendicite pelvienne. Thèse Paris, 1900.
- CROISIER. — Compte rendu de la Société d'obstétrique et de pédiatrie de Paris, avril 1903.
- CROSTE. — Quelques considérations sur l'appendicite au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1905-1906.
- DELBET. — *La Clinique*, 1912, p. 85.
- DIEULAFOY. — *Cliniques médicales*, 1896-1897, 1897-1898.
- FIEUX. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, 3 mai 1899.
- GLOTAÏN. — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la puerpéralité. Paris, 1915.
- GUÉNIOT. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1920.

- HARTMANN et LEGRAND. — *Mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, 1911.
- HEINECK. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1917, XXXI, 369.
- HERGOTT (Alphonse). — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet-août 1900.
- HOMSY. — Rapports de l'appendicite chronique au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1918.
- IARCA. — Appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. Thèse Paris, 1897-1898.
- JAISSON. — *Revue médicale de l'Est*, 1919 et 1921.
- JEANNIN et LEVANT. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1911, XIV, 473.
- KOUTSIEFF. — Appendicectomie dans la grossesse. Thèse Bordeaux, 1913-1914.
- LARDENNOIS. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1911, XIV, 527.
- LE GENDRE. — *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1897, n° 112, p. 200; Société médicale des hôpitaux, 26 mars 1897.
- LEGUEU. — *Gazette de gynécologie*, 1911, p. 188.
- LÖEVENHART. — Appendicite chez la femme. Thèse Paris, 1903-1904.
- LEVEN. — *La Clinique*, 1911, p. 340.
- MARTEL (DE) et ANTOINE (Ed.). — Les fausses appendicites. Masson, 1922.
- MAYGRIER. — Académie de médecine, 21 février 1904.
- MONOD. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, mai 1903.
- PÉNARD. — Appendicite chez la femme enceinte. Thèse Paris, 1912.
- PÉRÈS. — Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité. Thèse Toulouse, 1901.
- PINARD. — *Cliniques d'obstétrique*, 1899; Académie de médecine, 1898; *Annales de gynécologie*, 1898-1900; *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Grossesse*, 1886, 4^e série, t. XI.
- ROUVILLE (DE). — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1912, I, 997.
- SAINT-JACQUES. — *Gazette de gynécologie*, 1900, p. 48.

- SAVARIAUD. — *Gazette de gynécologie*, 1911, p. 188.
SECOND. — Société d'obstétrique et de pédiatrie de Paris, mars 1899.
SOURDILLE. — *Gazette de gynécologie*. Paris, 1911, p. 215.
TÉDENAT. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1912, I, 996.
TUFFIER. — *Revue d'obstétrique et de gynécologie*, 1897, n° 112.
VAUTRIN. — *Annales de gynécologie*, mars 1914; *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1914.

Ouvrages étrangers.

- ABRAHAM. — *Amer. J. obst.*, XXXV, 205, 1897.
BOJE. — Mitteil aus des Klinik von Enegrstrøm in Helsingfors, 1903, V, H. 1.
COE. — Société de gynécologie d'Amérique, in *Presse médicale*, 19 juillet 1905.
OTTO FALK. — *Centr. blat. für gyn.*, 1896-1900.
FELLNER. — *Therap. gegenw.* Berlin, 1906, XLVII, 542.
FINDLEY. — *Amer. J. obst.*, 1909, 993.
HALL. — *Amer. J. obst.*, New-York, 1909, LIII, 787.
HOFFMANN. — *Arch. für gyn.*, Berlin, 1920, CXII, 273.
HOWARD CRUTCHER. — *N.-York med. Record.*, septembre 1896.
JACOBSON. — *Amer. J. obst.*, New-York, 1913, II, 43.
LINDNER. — *Arch. für gyn.*, Berlin, 1907, LXXX, II, 17.
MUNDE. — *Med. Record.*, 1894, p. 678; 1895, p. 609.
MURPHY. — *Surg. clin.*, Chicago, 1914, III, 1885.
MYER. — *Amer. J. obst.*, New-York, 1906, LIII, 358.
PADDOCK. — *Amer. J. obst.*, 1913, p. 409.
RUSHMORE. — *Amer. J. obst.*, 1914.
SONNENBURG. — *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig, 1901, XXVII;
Patho und therap. der Perityph., 1905.
VAN SWERINGEN. — *Amer. J. obst.*, New-York, 1913, LXVII, 917.
WEBER. — *Deutsche Zeitschr. für chir.* Leipzig, 1908, XCIII, 292.

